



Auktorisationsansökan för Medlemskap i KMR

Företagsnamn (ej obl.):

Namn: **Pnr / Org.nr:**

Adress (där du vill ha posten):
.....

Postnummer: **Ort:**

Tel.arb: **Tel.bost:** **Mobil:**.....

E-post:

Hemsida/Facebook:

Studerande:

Skola:.....

Ja, jag vill även bli certifierad (uppvisande av godkänd examina gällar):

Sökandes terapi/specialutbildning verifierat med kopior på betyg/intyg från skolor enligt nedan:

Skolans namn	Ort	Färdig år	Bilaga
1.			
2.			
3.			

Jag arbetar huvudsakligen med:

Ort och Datum :

Sökandes namnteckning:

**Returneras med post alternativt med e-post.
Glöm ej att skicka med betyg/intyg(en)!**

Skickas till: KMR Tåtorpsvägen 34, 123 81 Skarpnäck
e-post: info@komplementarmedicinska.se
telefon: 0707-442888